·论著·

# 我国农村医生社区健康管理能力调查研究

谢坤[1]，王萱萱[2]，李思清[3]，高淑红[4]，陈家应[1，4*]，张朝阳[4*]

1.222000 江苏省连云港市，南京医科大学康达学院
2.211116 江苏省南京市，南京医科大学医政学院
3.211116 江苏省南京市，南京医科大学继续教育学院
4.100061 北京市，中国农村卫生协会
*通信作者：陈家应，教授/博士生导师；E-mail：jychen@njmu.edu.cn 张朝阳，教授；E-mail：zzyang001@sohu.com

【摘要】 **背景** 农村医生（以下简称村医）作为农村地区居民的健康"守门人"，是农村人群健康管理服务的主要提供者，其社区健康管理能力直接影响农村居民的健康水平。**目的** 调查我国村医健康管理能力现状，探讨村医社区健康管理能力提升策略，为加强村医队伍建设提供依据。**方法** 于2020年8月，采用多阶段分层整群抽样和典型抽样相结合的方法，在全国东、中、西部5个省份共抽取村医3 916名。通过"问卷星"平台向村医发放调查问卷，内容涉及村医的儿童、妇女、老年人、慢性病患者健康管理能力具备情况，以及各项能力满足工作需要情况，均由村医自评。**结果** 3 916名村医中，分别有3 494名（89.22%）、3 175名（81.08%）、3 775名（96.40%）、3 738名（95.45%）村医具备儿童、妇女、老年人、慢性病患者的健康管理能力。性别方面，女性村医的计生指导、孕期健康指导、围绝经期疾病的预防与诊治、妇科常见病筛查能力及妇女总体健康管理能力具备率高于男性村医（$P<0.05$）；男性村医的常见慢性病危急状况识别与处理方法、常见慢性病稳定期治疗与并发症预防能力及慢性病患者总体健康管理能力具备率高于女性村医（$P<0.05$）。执业资质方面，执业（助理）医师的围绝经期疾病的预防与诊治能力具备率高于乡村医生和其他/无资质的村医（$P<0.008\,3$），执业（助理）医师村医的妇女总体健康管理能力具备率高于乡村医生（$P<0.008\,3$）；全科医师的老年人功能减退预防能力具备率高于乡村医生（$P<0.0083$）。学历方面，本科及以上者的常见慢性病稳定期治疗与并发症预防能力具备率高于大专学历者（$P<0.017$）。东部地区村医的体检指导与常见病筛查能力满足实际工作需要率高于中部、西部地区，中部地区高于西部地区（$P<0.017$）；东部、中部地区村医的健康与自理能力评估、不良情绪识别与干预、功能减退预防能力满足实际工作需要率高于西部地区（$P<0.017$）。**结论** 我国村医基本具备健康管理能力，女性村医在开展妇女健康管理服务方面更具优势，乡村医生执业资质村医的少数重点人群健康管理能力不足，西部地区村医的老年人健康管理能力满足实际工作需要情况相对较差，应采取积极措施提升村医素质，促进村医队伍的稳定性和可持续发展。

【关键词】 乡村医生；乡村卫生服务；健康管理；临床工作能力；公共卫生服务

【中图分类号】 R 127 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0817

## Investigation on Community Health Management Ability of Rural Doctors in China

*XIE Kun*[1]，*WANG Xuanxuan*[2]，*LI Siqing*[3]，*GAO Shuhong*[4]，*CHEN Jiaying*[1，4*]，*ZHANG Zhaoyang*[4*]

*1.Kangda College of Nanjing Medical University，Nanjing 222000，China*
*2.School of Health Policy ang Management，Nanjing Medical University，Nanjing 211116，China*
*3.School of Continuing Education，Nanjing Medical University，Nanjing 211116，China*
*4.China Rural Health Association，Beijing 100061，China*
**Corresponding authors：CHEN Jiaying，Professor/Doctoral supervisor；E-mail：jychen@njmu.edu.cn*
*ZHANG Zhaoyang，Professor；E-mail：zzyang001@sohu.com*

**基金项目：**国家自然科学基金资助项目（71874087）；中国－盖茨基金会农村基本卫生保健项目（OPP1176308）；江苏高校哲社科研究一般项目（2023SJYB1837）

**引用本文：**谢坤，王萱萱，李思清，等. 我国农村医生社区健康管理能力调查研究［J］. 中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0817.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

XIE K，WANG X X，LI S Q，et al. Investigation on community health management ability of rural doctors in China［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］

【Abstract】 **Background** As the gatekeepers for rural residents' health, rural doctors are the main providers of health management services for rural populations. Their community health management ability directly affects the health level of rural residents. **Objective** This study aims to investigate the current status of health management ability of rural doctors in China and explore strategies for enhancing their community health management ability, thus providing a basis for strengthening the building of a rural doctor team. **Methods** In August 2020, a multi-stage stratified cluster sampling and purposive sampling methods were used to select 3 916 rural doctors from five provinces in east, central, and western China. Rural doctors were surveyed using an online questionnaire platform called "Wenjuanxing". The questionnaire content included the rural doctors' ability to manage the health of children, women, elderly, and chronic disease patients, and the degree to which these needs were met, all of which were self-evaluated by the rural doctors. **Results** Of the 3 916 rural doctors surveyed, 3 494 (89.22%), 3 175 (81.08%), 3 775 (96.40%), and 3 738 (95.45%) were found to had the ability to manage the health of children, women, the elderly, and patients with chronic diseases, respectively. The ability of female rural doctors to provide family planning guidance, prenatal health guidance, prevention and treatment of menopause-related diseases, and screening for common gynecological diseases was better than that of male rural doctors ($P<0.05$); while the male village doctors had a higher rate of identifying and handling common chronic disease critical conditions, stable and regular treatment of common chronic diseases, prevention of complications, and health management abilities for chronic disease patients compared to female village doctors ($P<0.05$). Rural doctors with qualifications of medical practitioners or assistant medical practitioners had a higher proportion of those with the ability to prevent and treat menopause-related diseases than those with qualifications of rural practitioners and other qualifications ($P<0.008\ 3$). Rural doctors with qualifications of medical practitioners or assistant medical practitioners had a higher proportion of those with the ability to manage women's overall health than those with qualifications of rural practitioners ($P<0.008\ 3$). Rural doctors with qualifications of general practitioners had a higher proportion of those with the ability to manage the functional decline of the elderly among than those with qualifications of rural practitioners ($P<0.008\ 3$). Rural doctors with a bachelor's degree or above had a higher proportion of those with the ability to provide stable-period treatment and prevention of chronic diseases than those with a junior college diploma ($P<0.017$). Rural doctors in the eastern region of China had a higher proportion of those whose ability to guide the physical examination and screening for common diseases of the elderly meets the actual work needs than those in the central and western regions, and the proportion in the central region was higher than that in the western region, with statistically significant differences ($P<0.017$). Rural doctors in the eastern and central regions of China had a higher proportion of those whose ability to assess the health and self-care ability of the elderly, identify and intervene with negative emotions, and prevent functional decline met the actual work needs than those in the western region ($P<0.017$). **Conclusion** At present, rural doctors in China basically had the ability to manage health, and female rural doctors had an advantage in providing women's health management services. However, rural doctors with qualifications of rural practitioners lack the ability to manage the health of some specific key populations, and the ability of rural doctors in the western region to manage the health of the elderly is relatively poor. Therefore, active measures should be taken to improve the quality of rural doctors and promote the stability and sustainable development of the rural doctor team.

【Key words】 Rural doctors; Rural health services; Health management; Clinical competence; Public health services

农村医生（以下简称村医）作为我国基层医务工作者，是农村居民健康服务的重要提供者，也是推动农村卫生事业发展的核心力量[1]。随着经济的发展和社会的变迁，农村社会老龄化、空巢化现象日益突出，疾病谱由以急性病、传染性疾病为主向以慢性非传染性疾病为主转变[2]。农村人口状况的变化不仅给卫生服务需求量带来变化，也使卫生服务需求内容发生了重要变化——大多数急性病患者的诊治将会选择更高层次医疗机构，而慢性病管理、老年保健等健康管理服务则成为村级卫生服务的主要内容，也成为农村居民健康服务的刚性需求[3]。这些变化对农村基层卫生服务提出了新的要求——以老年人、慢性病患者、妇女、儿童等重点人群为主要服务对象开展健康管理，根据其健康问题的特点，对其进行针对性的健康教育和健康指导，通过健康监测、健康评估、健康干预等手段，持续改善居民健康[4-5]。村医作为农村地区基本医疗和基本公共卫生服务的主要提供者，其健康管理能力对居民健康水平、生活质量的改善发挥着重要作用[6]。本研究通过调查我国村医健康管理服务能力现状、特点和存在的主要不足，探讨村医健康管理服务能力提升策略，从而为完善我国村医队伍建设提供政策依据和决策支持。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

本课题组于 2020 年 8 月采用多阶段分层整群抽样结合典型抽样的方式，对中国东、中、西部地区的村医

开展线上问卷调查。根据基层卫生队伍现状、社会经济发展水平和基层卫生服务开展情况，本次调查选取了东部地区的浙江省和江苏省、中部地区的安徽省和河南省、西部地区的甘肃省和重庆市作为调查省份。综合考虑样本省份各地市的经济发展水平、人口规模和地理位置等因素，在各样本省份选取中等偏上和中等偏下的 2 个地级市作为样本市，按照同样规则在每个样本市分别选取 1 个市区和 1 个县（市），样本区（县）的所有村医接受调查。另纳入部分调查时工作地点在乡镇卫生院或社区卫生服务中心但执业资质为村医的医生，排除村卫生室不直接提供医疗服务和健康管理服务的公共卫生执业医师、护士等。后因新型冠状病毒感染疫情防控，浙江省的调查未能开展，江苏省的调查样本量扩大 1 倍。

本研究已通过南京医科大学伦理委员会的批准［伦理审批号：南医大伦审（2020）589 号］，所有研究对象已签署知情同意书。本次调查通过“问卷星”平台向村医发放问卷，共回收问卷 4 308 份，剔除不愿意接受调查的和无效问卷 392 份，回收有效问卷 3 916 份，问卷有效回收率为 90.90%。

### 1.2 研究方法

1.2.1 调查工具。本研究以课题组开发的“家庭医生卫生服务能力指标体系”[7]为依据，编制了村医能力自评调查问卷，内容涉及基本信息和医疗服务、公共卫生服务、组织管理与服务协调、职业素养 4 个方面能力的自我评价。本研究重点分析村医公共卫生服务能力中的重点人群健康管理能力，问卷内容包括儿童、妇女、老年人、慢性病患者 4 类重点人群的健康管理能力具备情况、实际工作需要情况以及能力满足工作需要情况。为判断村医健康管理能力具备情况，经专家咨询和课题组讨论，特制定了村医对 4 类重点人群健康管理能力的判断依据和标准，见表 1。同时，为进一步分析村医的老年人健康管理能力，使用了“掌握某类重点人群的单项健康管理服务项目满足实际工作需要的比例”，计算方法为“掌握某类重点人群的单项健康管理能力满足实际工作人数 / 实际工作中需要提供该重点人群的单项健康管理能力人数 ×100%”。

调查问卷的基本信息中，执业资质类别设置为多选，以减少有加注执业资质的医生填写错误。在分析时将执业资质分为 4 类，即执业（助理）医师、全科医师、乡村医生、其他 / 无资质。考虑到部分持执业（助理）医师的村医也获得了全科医师转岗培训合格证，或者加注了全科医师执业资质，即实际具备了全科医师执业能力，故如果一位村医既选择了“执业（助理）医师”又选择了“全科医师”或只选择“全科医师”，则归为“全科医师”执业资质类别，而既选择“乡村医生”又选择了“全科医师”或只选择“乡村医生”者，则归入“乡村医生”执业资质类别。

1.2.2 问卷发放和质控方法。调查团队由卫生事业管理相关专业的教师、学生组成，经过统一培训合格后，负责江苏省、安徽省、河南省、甘肃省和重庆市 5 个现场的调查。由调查员联系样本区（县）卫生健康委员会的协调员，利用“问卷星”平台将问卷推送给调查对象，调查对象均进行线上填写，填写完成提交后，由调查员对填写问卷的完整性和逻辑进行复核。问卷采用匿名的方式进行调查，每份问卷的开头均有知情同意书，调查对象不愿意接受调查即自动结束，愿意接受调查的对象还要求留下联系方式，以便调查员复核问卷。

### 1.3 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件进行分析，计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示，计数资料以频数和百分比表示。计数资料组间比较采用 $\chi^2$ 检验，两组间比较检验水准为 0.05，多组间两两比较采用 Bonffrroni 法调整检验水准，3 组间比较调整检验水准为 0.017，4 组间比较调整检验水准为 0.008 3。

## 2 结果

### 2.1 村医队伍基本情况

3 916 名村医中，东部地区 859 名（21.94%），中部地区 1 963 名（50.12%），西部地区 1 094 名（27.94%）。在性别方面，2 748 名（70.17%）村医为男性，中部地区和西部地区的男性村医分别为 1 502 名（76.52%）和 790 名（72.21%）；年龄方面，调查的村医平均年龄为（47.9 ± 7.8）岁，主要集中在 25~44 岁和 45~59 岁年龄段，分别有 1 292 名（32.99%）和 2 367 名（60.44%）；学

**表 1** 村医健康管理能力评价指标与判断标准

**Table 1** Indicators and criteria of health management ability of village doctors

| 重点人群 | 健康管理能力评价指标 | 具备相应人群健康管理能力的判断标准 |
|---|---|---|
| 儿童 | 儿童营养指导、儿童体格检查 | 同时具备 2 项能力 |
| 妇女 | 计生指导、孕期健康指导、围绝经期疾病的预防与诊治、妇科常见病筛查 | 同时具备≥ 3 项能力 |
| 老年人 | 体检指导与常见病筛查、健康与自理能力评估、不良情绪识别与干预、功能减退预防 | 同时具备≥ 3 项能力 |
| 慢性病患者 | 常见慢性病临床诊断依据、常见慢性病主要危险因素与干预方法、常见慢性病危急状况识别与处理方法、常见慢性病稳定期治疗与并发症预防 | 同时具备≥ 3 项能力 |

注：村医 = 农村医生。

历方面，调查的村医主要集中在高中 / 中专及以下学历，有 2 813 名（71.83%），东部、中部和西部地区分别为 650 名（75.67%）、1 479 名（75.34%）和 684 名（62.52%），学历为本科及以上的仅有 113 名（2.89%），东部、中部和西部地区分别为 38 名（4.42%）、53 名（2.70%）和 22 名（2.01%）；执业资质方面，1 512 名（38.61%）村医的执业资质为执业（助理）医师，西部地区有 318 名（29.07%），2 067 名（52.78%）村医的执业资质为乡村医生，西部地区有 696 名（63.62%）。东部、中部和西部地区村医的性别、年龄、学历和执业资质比较，差异有统计学意义（$P<0.05$），见表 2。

**2.2 村医的重点人群健康管理能力具备情况**

2.2.1 村医的儿童健康管理能力具备情况。3 916 名村医中，儿童营养指导、儿童体格检查能力具备人数分别为 3 622 名（92.49%）、3 629 名（92.67%），儿童总体健康管理能力具备人数达 3 494 名（89.22%）。不同性别、年龄、学历、执业资质村医的儿童营养指导、儿童体格检查及儿童总体健康管理能力具备率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），见表 3。

2.2.2 村医的妇女健康管理能力具备情况。3 916 名村医中，计生指导、孕期健康指导、围绝经期疾病的预防与诊治、妇科常见病筛查能力具备人数分别为 3 524 名（89.99%）、3 512 名（89.68%）、3 137 名（80.11%）、2781 名（71.02%），妇女健康管理能力具备人数为 3 175 名（81.08%）。女性村医的计生指导、孕期健康指导、围绝经期疾病的预防与诊治、妇科常见病筛查及

**表 3** 不同特征村医的儿童健康管理能力具备情况比较［名（%）］
**Table 3** Comparison of children's health management ability of village doctors with different characteristics

| 特征 | 人数 | 儿童营养指导 | 儿童体格检查 | 总体具备 |
|---|---|---|---|---|
| 性别 | | | | |
| 男 | 2 748 | 2 527（91.95） | 2 552（92.87） | 2 444（88.94） |
| 女 | 1 168 | 1 095（93.75） | 1 077（92.21） | 1 050（89.90） |
| $\chi^2$ 值 | | 3.791 | 0.524 | 0.785 |
| $P$ 值 | | 0.052 | 0.469 | 0.376 |
| 年龄 | | | | |
| <25 岁 | 3 | 3（100.00） | 3（100.00） | 3（100.00） |
| 25~44 岁 | 1 292 | 1 195（92.49） | 1 199（92.80） | 1 156（89.47） |
| 45~59 岁 | 2 367 | 2 186（92.35） | 2 191（92.56） | 2 105（88.93） |
| ≥ 60 岁 | 254 | 238（93.70） | 236（92.91） | 230（90.55） |
| $\chi^2$ 值 | | 1.097 | 0.551 | 1.461 |
| $P$ 值 | | 0.778 | 0.908 | 0.691 |
| 学历 | | | | |
| 高中 / 中专及以下 | 2 813 | 2 606（92.64） | 2 614（92.93） | 2 516（89.44） |
| 大专 | 990 | 909（91.82） | 910（91.92） | 878（88.68） |
| 本科及以上 | 113 | 107（94.69） | 105（92.92） | 100（88.50） |
| $\chi^2$ 值 | | 1.524 | 1.103 | 0.498 |
| $P$ 值 | | 0.467 | 0.576 | 0.779 |
| 执业资质 | | | | |
| 执业（助理）医师 | 1 512 | 1 404（92.86） | 1 401（92.66） | 1 352（89.42） |
| 全科医师 | 302 | 289（95.70） | 287（95.03） | 279（92.38） |
| 乡村医生 | 2 067 | 1 896（91.73） | 1 908（92.31） | 1 831（88.58） |
| 其他 | 35 | 33（94.29） | 33（94.29） | 32（91.43） |
| $\chi^2$ 值 | | 6.657 | 3.017 | 4.257 |
| $P$ 值 | | 0.084 | 0.389 | 0.235 |

**表 2** 东部、中部和西部地区村医的基本情况比较［名（%）］
**Table 2** Comparison of the basic situation of village doctors in the eastern，central，and western regions

| 基本情况 | 总数（$n$=3 916） | 东部（$n$=859） | 中部（$n$=1 963） | 西部（$n$=1 094） | $\chi^2$ 值 | $P$ 值 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 性别 | | | | | 159.74 | <0.001 |
| 男 | 2 748（70.17） | 456（53.08） | 1 502（76.52） | 790（72.21） | | |
| 女 | 1 168（29.83） | 403（46.92） | 461（23.48） | 304（27.78） | | |
| 年龄 | | | | | 19.605 | 0.003 |
| <25 岁 | 3（0.08） | 0 | 0 | 3（0.27） | | |
| 25~44 岁 | 1 292（32.99） | 264（30.73） | 687（35.00） | 341（31.17） | | |
| 45~59 岁 | 2 367（60.44） | 551（64.14） | 1 144（58.28） | 672（61.43） | | |
| ≥ 60 岁 | 254（6.49） | 44（5.12） | 132（6.72） | 78（7.13） | | |
| 学历 | | | | | 91.795 | <0.001 |
| 高中 / 中专及以下 | 2 813（71.83） | 650（75.67） | 1 479（75.34） | 684（62.52） | | |
| 大专 | 990（25.28） | 171（19.91） | 431（21.96） | 388（35.47） | | |
| 本科及以上 | 113（2.89） | 38（4.42） | 53（2.70） | 22（2.01） | | |
| 执业资质[a] | | | | | 187.702 | <0.001 |
| 执业（助理）医师 | 1 512（38.61） | 489（56.93） | 705（35.91） | 318（29.07） | | |
| 全科医师 | 302（7.71） | 58（6.75） | 177（9.02） | 67（6.12） | | |
| 乡村医生 | 2 067（52.78） | 306（35.62） | 1 065（54.25） | 696（63.62） | | |
| 其他 / 无资质 | 35（0.89） | 6（0.70） | 16（0.82） | 13（1.19） | | |

注：[a] 表示为多选题；由于数值修约，部分构成比之和非 100.00%。

妇女总体健康管理能力具备率高于男性村医，差异有统计学意义（$P<0.05$）；执业资质为执业（助理）医师村医的围绝经期疾病的预防与诊治能力具备率高于乡村医生和其他/无资质村医，执业资质为执业（助理）医师村医的妇女总体健康管理能力具备率高于乡村医生资质的村医，差异有统计学意义（$P<0.008\,3$），见表4。

2.2.3 村医的老年人健康管理能力具备情况。3 916名村医中，体检指导与常见病筛查、健康与自理能力评估、不良情绪识别与干预、功能减退预防能力具备人数分别为3 864名（98.67%）、3 842名（98.11%）、3 764名（96.12%）、3 694名（94.33%），老年人健康管理能力具备人数达3 775名（96.40%）。执业资质为全科医师村医的老年人功能减退能力具备率高于乡村医生资质的村医，差异有统计学意义（$P<0.008\,3$），见表5。

2.2.4 村医的慢性病患者健康管理能力具备情况。3 916名村医中，常见慢性病临床诊断依据、常见慢性病主要危险因素与干预方法、常见慢性病危急状况识别与处理方法、常见慢性病稳定期治疗与并发症预防能力具备人数分别达3 846名（98.12%）、3 767名（96.20%）、3 698名（94.43%）、3 725名（95.12%），慢性病患者总体健康管理能力具备人数为3 738名（95.45%）。男性村医的常见慢性病危急状况识别与处理方法、常见慢性病稳定期治疗与并发症预防及慢性病患者健康管理能力具备率高于女性村医，差异有统计学意义（$P<0.05$）；本科及以上学历村医的常见慢性病稳定期治疗与并发症预防能力具备率高于大专学历的村医，差异有统计学意义（$P<0.017$），见表6。

**2.3 村医的老年人健康管理能力满足工作需要情况**

考虑到目前农村地区人口老龄化问题突出，老年人健康管理服务需要较高。本文以老年人健康管理服务为例，分析村医的老年人健康管理能力具备情况对实际工作需要的满足程度。结果显示，在实际工作需要老年人体检指导与常见病筛查、健康与自理能力评估、不良情绪识别与干预、功能减退预防能力的村医中，各项能力能满足实际工作需要的分别有3 695名（95.87%）、3 674名（95.48%）、3 577名（94.06%）、3 513名（92.96%）。

**表4** 不同特征村医的妇女健康管理能力具备情况比较［名（%）］

**Table 4** Comparison of women's health management ability of village doctors with different characteristics

| 特征 | 人数 | 计生指导 | 孕期健康指导 | 围绝经期疾病的预防与诊治 | 妇科常见病筛查 | 总体具备 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 性别 | | | | | | |
| 男 | 2 748 | 2 425（88.25） | 2 407（87.59） | 2 136（77.73） | 1 889（68.74） | 2 158（78.53） |
| 女 | 1 168 | 1 099（94.09） | 1 105（94.61） | 1 001（85.70） | 892（76.37） | 1 017（87.07） |
| $\chi^2$值 | | 31.101 | 43.596 | 32.694 | 23.176 | 38.982 |
| $P$值 | | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |
| 年龄 | | | | | | |
| <25岁 | 3 | 3（100.00） | 3（100.00） | 3（100.00） | 3（100.00） | 3（100.00） |
| 25~44岁 | 1 292 | 1 161（89.86） | 1 160（89.78） | 1 025（79.33） | 901（69.74） | 1 037（80.26） |
| 45~59岁 | 2 367 | 2 136（90.24） | 2 128（89.90） | 1 914（80.86） | 1 684（71.14） | 1 937（81.83） |
| ≥60岁 | 254 | 224（88.19） | 221（87.01） | 195（76.77） | 193（75.98） | 198（77.95） |
| $\chi^2$值 | | 1.693 | 2.623 | 4.370 | 6.253 | 4.256 |
| $P$值 | | 0.638 | 0.453 | 0.224 | 0.100 | 0.235 |
| 学历 | | | | | | |
| 高中/中专及以下 | 2 813 | 2 543（90.40） | 2 532（90.01） | 2 257（80.23） | 2 010（71.45） | 2 287（81.30） |
| 大专 | 990 | 877（88.59） | 878（88.69） | 789（79.70） | 689（69.60） | 797（80.51） |
| 本科及以上 | 113 | 104（92.03） | 102（90.27） | 91（80.53） | 82（72.57） | 91（80.53） |
| $\chi^2$值 | | 3.221 | 1.430 | 1.460 | 1.364 | 0.325 |
| $P$值 | | 0.200 | 0.489 | 0.930 | 0.506 | 0.850 |
| 执业资质 | | | | | | |
| 执业（助理）医师 | 1 512 | 1 379（91.20） | 1 369（90.54） | 1 256（83.07） | 1 065（70.44） | 1 261（83.40） |
| 全科医师 | 302 | 275（91.06） | 280（92.72） | 251（83.11） | 225（74.50） | 253（83.77） |
| 乡村医生 | 2 067 | 1 841（89.07） | 1 832（88.63） | 1 607（77.75）[a] | 1 470（71.12） | 1 637（79.20）[a] |
| 其他/无资质 | 35 | 29（82.86） | 31（88.57） | 23（65.71）[a] | 21（60.00） | 24（68.57） |
| $\chi^2$值 | | 6.791 | 6.728 | 21.818 | 4.105 | 15.079 |
| $P$值 | | 0.079 | 0.081 | <0.001 | 0.250 | 0.002 |

注：[a]表示与执业（助理）医师资质比较$P<0.008\,3$。




表 5 不同特征村医老年人健康管理能力具备情况比较［名（%）］

**Table 5** Comparison of health management ability of the elderly in village doctors with different characteristics

| 特征 | 例数 | 体检指导与常见病筛查 | 健康与自理能力评估 | 不良情绪识别与干预 | 功能减退预防 | 总体具备 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 性别 | | | | | | |
| 男 | 2 748 | 2 716（98.83） | 2 702（98.33） | 2 650（96.43） | 2 602（94.69） | 2 658（96.72） |
| 女 | 1 168 | 1 148（98.29） | 1 140（97.60） | 1 114（95.38） | 1 092（93.49） | 1 117（95.63） |
| $\chi^2$ 值 | | 1.877 | 2.313 | 2.455 | 2.185 | 2.812 |
| *P* 值 | | 0.171 | 0.128 | 0.117 | 0.139 | 0.094 |
| 年龄 | | | | | | |
| <25 岁 | 3 | 3（100.00） | 3（100.00） | 3（100.00） | 3（100.00） | 3（100.00） |
| 25~44 岁 | 1 292 | 1 272（98.45） | 1 265（97.91） | 1 240（95.98） | 1 225（94.81） | 1 241（96.05） |
| 45~59 岁 | 2 367 | 2 342（98.94） | 2 326（98.27） | 2 277（96.20） | 2 228（94.13） | 2 288（96.66） |
| ≥ 60 岁 | 254 | 247（97.24） | 248（97.64） | 244（96.06） | 238（93.70） | 243（95.67） |
| $\chi^2$ 值 | | 4.988 | 0.994 | 0.350 | 1.294 | 1.505 |
| *P* 值 | | 0.173 | 0.803 | 0.950 | 0.731 | 0.681 |
| 学历 | | | | | | |
| 高中 / 中专及以下 | 2 813 | 2 772（98.54） | 2 759（98.08） | 2 710（96.34） | 2 654（94.35） | 2 715（96.52） |
| 大专 | 990 | 979（98.89） | 972（98.18） | 946（95.56） | 930（93.94） | 950（95.96） |
| 本科及以上 | 113 | 113（100） | 111（98.23） | 108（95.58） | 110（97.35） | 110（97.35） |
| $\chi^2$ 值 | | 2.237 | 0.050 | 1.295 | 2.205 | 0.953 |
| *P* 值 | | 0.327 | 0.975 | 0.523 | 0.332 | 0.621 |
| 执业资质 | | | | | | |
| 执业（助理）医师 | 1 512 | 1 494（98.81） | 1 486（98.28） | 1 453（96.10） | 1 432（94.71） | 1 459（96.49） |
| 全科医师 | 302 | 302（100.00） | 297（98.34） | 296（98.10） | 295（97.68） | 297（98.34） |
| 乡村医生 | 2 067 | 2 033（98.36） | 2 025（97.97） | 1 982（95.89） | 1 934（93.57）[a] | 1 986（96.08） |
| 其他 / 无资质 | 35 | 35（100.00） | 34（97.14） | 33（94.29） | 33（94.29） | 33（94.29） |
| $\chi^2$ 值 | | 10.710 | 0.728 | 3.518 | 9.011 | 4.384 |
| *P* 值 | | 0.013 | 0.867 | 0.318 | 0.029 | 0.223 |

注：[a] 表示与全科医师比较 *P*<0.008 3。

表 6 不同特征村医慢性病患者健康管理能力具备情况比较［名（%）］

**Table 6** Comparison of health management ability of chronic disease patients in village doctors with different characteristics

| 特征 | 例数 | 常见慢性病临床诊断依据 | 常见慢性病主要危险因素与干预方法 | 常见慢性病危急状况识别与处理方法 | 常见慢性病稳定期治疗与并发症预防 | 总体具备 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 性别 | | | | | | |
| 男 | 2 748 | 2 705（98.44） | 2 650（96.43） | 2 609（94.94） | 2 637（95.96） | 2 643（96.18） |
| 女 | 1 168 | 1 141（97.69） | 1 117（95.63） | 1 089（93.24） | 1 088（93.15） | 1 095（93.75） |
| $\chi^2$ 值 | | 2.604 | 1.434 | 4.535 | 13.950 | 11.146 |
| *P* 值 | | 0.107 | 0.231 | 0.033 | <0.001 | 0.001 |
| 年龄 | | | | | | |
| <25 岁 | 3 | 3（100.00） | 3（100.00） | 3（100.00） | 3（100.00） | 3（100.00） |
| 25~44 岁 | 1 292 | 1 263（97.76） | 1 241（96.05） | 1 216（94.12） | 1 227（94.97） | 1 227（94.97） |
| 45~59 岁 | 2 367 | 2 328（98.35） | 2 280（96.32） | 2 231（94.25） | 2 250（95.06） | 2 261（95.52） |
| ≥ 60 岁 | 254 | 252（99.21） | 243（95.67） | 248（97.64） | 245（96.46） | 247（97.24） |
| $\chi^2$ 值 | | 3.629 | 0.597 | 6.993 | 1.459 | 3.153 |
| *P* 值 | | 0.304 | 0.897 | 0.072 | 0.692 | 0.369 |
| 学历 | | | | | | |
| 高中 / 中专及以下 | 2 813 | 2 765（98.29） | 2 710（96.34） | 2 668（94.85） | 2 688（95.56） | 2 695（95.81） |
| 大专 | 990 | 970（97.98） | 950（95.96） | 923（93.23） | 927（93.64） | 934（94.34） |
| 本科及以上 | 113 | 111（98.23） | 107（94.69） | 107（94.69） | 110（97.35）[a] | 109（96.46） |
| $\chi^2$ 值 | | 0.411 | 1.007 | 3.639 | 7.057 | 3.877 |
| *P* 值 | | 0.814 | 0.604 | 0.162 | 0.029 | 0.144 |
| 执业资质 | | | | | | |
| 执业（助理）医师 | 1 512 | 1 489（98.48） | 1 465（96.89） | 1 430（94.58） | 1 445（95.57） | 1 451（95.97） |
| 全科医师 | 302 | 298（98.68） | 293（97.02） | 287（95.03） | 291（96.36） | 291（96.36） |
| 乡村医生 | 2 067 | 2 024（97.92） | 1 975（95.55） | 1 947（94.19） | 1 955（94.58） | 1 962（94.92） |
| 其他 / 无资质 | 35 | 35（100.00） | 34（97.14） | 34（97.14） | 34（97.14） | 34（97.14） |
| $\chi^2$ 值 | | 3.270 | 5.007 | 0.979 | 3.254 | 3.068 |
| *P* 值 | | 0.352 | 0.171 | 0.806 | 0.354 | 0.381 |

注：[a] 表示与大专学历村医比较 *P*<0.017。

东部地区村医的体检指导与常见病筛查能力满足实际工作需要率高于中部、西部地区，中部地区高于西部地区，差异有统计学意义（$P<0.017$）；东部、中部地区村医的健康与自理能力评估、不良情绪识别与干预、功能减退预防能力满足实际工作需要率高于西部地区，差异有统计学意义（$P<0.017$），见表7。

## 3 讨论

### 3.1 我国村医基本具备健康管理能力

调查显示，我国村医的年龄主要集中在≥45岁，村医队伍呈现老龄化趋势，学历以高中/中专及以下为主，执业（助理）医师资质比例较低，村医的素质总体不高。但从重点人群健康管理能力具备情况看，村医的儿童、妇女、老年人和慢性病患者健康管理能力具备率分别达到了89.22%、81.08%、96.40%和95.45%，并且村医的儿童、老年人和慢性病患者的具体健康管理能力具备率均超过90%，而妇女健康管理能力相对较低，这可能与男性村医较多和有些服务的专业技能要求较高有一定关系。同时调查发现，实际工作需要老年人各项健康管理能力的村医中，4项具体能力满足实际工作需要率均超88.00%。综上表明，重点人群的多数健康管理服务能力的具备对专业技能要求不高，虽然村医的总体素质不高，但绝大多数村医能够胜任4类重点人群的健康管理服务的提供，基本具备了健康管理服务能力。

### 3.2 女性村医在开展妇女健康管理服务方面更具优势

调查发现，女性村医的妇女计生指导、孕期健康指导、围绝经期疾病的预防与诊治、妇科常见病筛查具体能力和妇女总体健康管理能力具备率高于男性村医，女性村医相较于男性在开展妇女健康管理服务方面存在性别优势，这是因为作为妇女健康管理服务的需方更愿意接受女性村医的服务。而我国村医中仅有30%左右为女性，女性村医配备不足是导致村医的妇女健康管理能力不足的原因之一。所以各地区应根据当地的村医性别状况，在培养和招聘村医人才时，适当增加女性村医的配备数量，满足当地妇女的健康管理服务需求[8-9]。

### 3.3 执业资质为乡村医生者少数重点人群健康管理能力相对不足

调查结果显示，执业（助理）医师执业资质村医的妇女围绝经期疾病预防与诊治能力、妇女总体健康管理能力，全科医师执业资质的村医老年人功能减退预防能力高于乡村医生执业资质的村医。这可能是因为与其他健康管理能力具备要求比较，上述几类健康管理能力的具备需要村医掌握比较高的专业知识和技能，所以出现乡村医生执业资质的村医掌握的上述几类健康管理能力较差的情况。而我国50%以上村医的执业资质是乡村医生，这不利于农村居民获得优质的全生命周期的健康管理服务。所以各地区应注重村医执业资质的提升，建立健全村医培训、进修机制，规范开展村医岗位培训，鼓励村医提升执业资格，对参加各类执业资质提升考试的村医应精准分类开展针对性地教育培训[10-13]。同时各地应加大全科医学人才的培养，并通过政策优化引导到农村基层卫生服务机构，充实村级卫生队伍，从而有效提高村级卫生人员的卫生服务能力，为农村居民提供优质的健康管理服务，担当起农村居民的健康“守门人”[14]。

### 3.4 西部地区村医的老年人健康管理能力满足实际工作需要情况相对较差

调查结果显示，在实际工作需要老年人体检指导与常见病筛查、健康与自理能力评估、不良情绪识别与干预和功能减退预防能力的村医中，从东部、中部和西部地区比较来看，西部地区村医的老年人4项具体健康管理能力满足实际工作需要率均最低。这可能是由于西部地区地形多以山地、高原为主，虽然东部、中部、西部配备村医数量的要求相同，但西部村医与居民的地理距离较远，开展医疗、公共卫生等服务需要更多的时间，村医的工作负荷与数量不匹配，所以许多村医很少时间参加健康管理能力提升相关培训，导致西部村医的老年人健康管理能力满足实际工作需要的情况相对较差。究

表7 不同地区村医的老年人健康管理能力满足实际工作需要情况比较

Table 7 Comparison of the health management ability of village doctors in different areas to meet the actual work needs

| 地区 | 例数 | 体检指导与常见病筛查 | | | 健康与自理能力评估 | | | 不良情绪识别与干预 | | | 功能减退预防 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 工作中有需要（名） | 能满足工作需要（名） | 满足工作需要率（%） | 工作中有需要（名） | 能满足工作需要（名） | 满足工作需要率（%） | 工作中有需要（名） | 能满足工作需要（名） | 满足工作需要率（%） | 工作中有需要（名） | 能满足工作需要（名） | 满足工作需要率（%） |
| 东部 | 859 | 850 | 834 | 98.12 | 845 | 823 | 97.40 | 839 | 812 | 96.78 | 832 | 800 | 96.15 |
| 中部 | 1 963 | 1 943 | 1 878 | 96.65[a] | 1 942 | 1 869 | 96.24 | 1 923 | 1 821 | 94.70 | 1 908 | 1 798 | 94.23 |
| 西部 | 1 094 | 1 061 | 983 | 92.65[ab] | 1 061 | 982 | 92.55[ab] | 1 041 | 944 | 90.68[ab] | 1 039 | 915 | 88.07[ab] |
| $\chi^2$值 | | | 56.896 | | | 30.830 | | | 33.763 | | | 55.748 | |
| $P$值 | | | <0.001 | | | <0.001 | | | <0.001 | | | <0.001 | |

注：[a]表示与东部地区比较$P<0.017$，[b]表示与中部地区比较$P<0.017$。



其原因，主要还是因为西部地区村医数量的配备不足，西部地区政府应该与当地医学院校合作，尽可能招收农村地区生源，采取定点招生、定向培养和定向就业的形式，同时给予偏远地区吸引村医的政策倾斜，多措并举来补充村医队伍[15]。

**3.5 采取积极措施提升村医素质和可持续发展**

在农村地区实施社区健康管理与常规社区教育及传统自我管理模式相比，更有利于提高农村居民的疾病防治知识知晓率和健康行为形成率，有助于健康危险因素的控制，村医作为农村居民健康管理服务的主要提供者，其队伍建设尤为关键。但根据调查结果，<45 岁的村医仅占 1/3 左右，村医队伍补充不足。所以需要建立科学且有效的村医队伍激励机制，吸引和留住人才，如建立符合村医工作特点的薪酬机制、健全科学且合理的考核评价制度、优化学历和执业资质的提升路径、构建村医人才的流动机制、完善村医社会保障覆盖和提供更多的培训机会和适宜的培训内容等，有效提升村医的整体素质，促进村医队伍的稳定性和可持续发展[16-17]。

作者贡献：谢坤负责文章的构思与设计、文献/资料整理，撰写论文；王萱萱、李思清负责数据资料的整理和分析；高淑红、陈家应负责文章修订；陈家应、张朝阳对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

## 参考文献

[1] 黄加敏，姚中进．新医改背景下乡村医生领域研究热点及趋势分析［J］．中国农村卫生事业管理，2022，42（7）：491-496，510. DOI：10.19955/j.cnki.1005-5916.2022.07.007.

[2] 余成普．中国农村疾病谱的变迁及其解释框架［J］．中国社会科学，2019（9）：92-114，206.

[3] 母凤婷，何利平，李晓梅，等．老年人慢性病卫生服务需求与利用公平性分析［J］．公共卫生与预防医学，2019，30（5）：58-62. DOI：10.3969/j.issn.1006-2483.2019.05.014.

[4] 武留信，曾强．中华健康管理学［M］．北京：人民卫生出版社，2016.

[5] 刘建华．健康管理理论与实践［M］．广州：世界图书出版广东有限公司，2017.

[6] 邓元慧，张新庆，韩跃红．我国村医队伍发展的现状与问题［J］．中国卫生事业管理，2017，34（2）：120-122，144.

[7] 练璐，李心怡，邹慕蓉，等．应用改良德尔菲法构建我国家庭医生卫生服务能力指标体系［J］．中国卫生资源，2021，24（4）：448-452. DOI：10.13688/j.cnki.chr.2021.200914.

[8] 窦倩如，曹霞，樊利春，等．海南省基层医疗卫生机构妇幼保健人力资源现状分析［J］．医学与社会，2020，33（11）：36-41. DOI：10.13723/j.yxysh.2020.11.007.

[9] 卢巧玲．在农村社区卫生服务中开展健康管理的研究［D］．杭州：浙江大学，2011.

[10] 汪紫彤，范阳东．日本社区健康管理发展现状及对我国的启示［J］．中国全科医学，2022，25（4）：393-400. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.338.

[11] 谭震，朱艺，肖苹，等．我国健康管理体系的发展现状及未来展望［J］．中国社会医学杂志，2022，39（3）：247-251. DOI：10.3969/j.issn.1673-5625.2022.03.002.

[12] 惠宇，黄小玲，王冬菊，等．常态化疫情防控下海口市基层卫生人员公共卫生服务能力分析［J］．中国公共卫生管理，2021，37（6）：743-746，755. DOI：10.19568/j.cnki.23-1318.2021.06.0009.

[13] 李家伟，景琳，黄金虎，等．基于全国十个试点城市基层卫生技术人员角度的全科医生执业方式和服务模式试点改革成效研究［J］．中国全科医学，2016，19（1）：19-23. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2016.01.004.

[14] 魏洪娟，罗庆东，单红娟．以岗位胜任力为导向的基层全科医学人才培养需求分析［J］．中国高等医学教育，2022，36（4）：5-6. DOI：10.3969/j.issn.1002-1701.2022.04.003.

[15] 李思清，王萱萱，曹冬丽，等．我国村医公共卫生服务能力现状与提升策略研究［J］．南京医科大学学报（社会科学版），2023，23（2）：131-137. DOI：10.7655/NYDXBSS20230206.

[16] 孟庆跃．卫生人员行为与激励机制［J］．中国卫生政策研究，2010，3（10）：1-2. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2010.10.001.

[17] 李姣姣，李妍君，魏来，等．基层卫生人力资源管理存在的关键问题与调整策略［J］．中国卫生事业管理，2020，37（9）：670-673.

（收稿日期：2023-12-26；修回日期：2024-05-15）

（本文编辑：王凤微）